

# 障害福祉関係書類送付先変更届

年 月 日

松本市長 あて

私は、本人同意のもと下記のとおり、松本市の障害福祉課関連の書類（障害者手帳・福祉医療・サービス受給者証等）について送付先の変更を届け出ます。なお、送付された書類については私が責任をもって管理します。

**※太線枠内をご記入ください。**

届 出 区 分 (該当するものに○)	1.新規 2.変更 3.廃止 4.その他 ( ) 5.今回のみ送付先を変更希望
届 出 者	住 所 〒 - 電話番号 ( )
	氏 名 Ⓜ (本人との続柄: )

本人 (送付先を 変更する 者)	障 害 者 手 帳 1.身体障害者手帳 2.療育手帳 3.精神障害者保健福祉手帳 4.手帳なし
	氏 名 生年月日 ( 年 月 日生)
	変 更 前 の 住 所 ・ 宛 名 〒 - 電話番号 ( )
	変 更 後 の 住 所 ・ 宛 名 〒 - 電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 上記届出者の住所氏名と同一
変 更 理 由	
備考 (サービス受給者証に限定した送付先変更希望等、特段の事情がある場合は記載)	

**市役所処理欄 (届出者同意の下で確認書類のコピーをとってください)**

届出者確認	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 市民カード <input type="checkbox"/> 診断書・BK・100円パス <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	---

**↓最下段は管理業務グループ名**

地区担当 C W	相談担当 (業務担当)	福 祉 司	相 談 担 当 係 長	給 付 担 当	給 付 担 当 係 長	課 長
障害サービス 補装具 日常生活用具 自立支援医療	3 種 手 帳 汎 用 台 帳			福祉手当3種 汎用台帳 福祉医療		

上記のとおり届出があったので、送付先を変更したい。

※送付先入力確認については、上記サービス種別毎に担当者が行います。

【受付:           】   【担当(管理):           】